

Remiss för utredning inför ansökan om körkortstillstånd eller inför fortsatt körkortsinnehav

Datum: _____ Namn: _____

Klinik: _____ Personnr: _____

Adress: _____

Adress: _____

Telnr: _____

Telnr: _____ Mobilnr: _____

Remittent: _____ Kontaktuppgift närstående: _____

Underskrift: _____

Remiss avser utredning för behörighet/er:

AM B C/D

Diagnoser/anamnes. Symptom- kognitiva och/eller fysiska nedsättningar ska beskrivas: _____

Används läkemedel? Om ja, vilka?

Finns andra medicinska tillstånd? (exempelvis epilepsi, diabetes).

Uppfylls synkraven (TSFS 2010:125 2kap)? _____

Skola (ange årskurs, skolform exempelvis särskola, specialklass, assistent, extra stöd).

Arbete (exempelvis arbete, praktik, daglig verksamhet, arbetslös).

Boende (bor med föräldrar, eget boende, särskilt boende).

Stöd (exempelvis god man, LSS, boendestöd, kontaktperson).

Är neuropsykologiskt utredning genomförd? Om ja, bifoga utlåtande.

Vad är din uppfattning om lämpligheten för körkortsinnehav?

Okej

Tveksam, men troligen okej

Tveksam, men troligen inte lämplig

Troligen olämplig

Behov av tolk? Om ja, språk? _____

Övriga uppgifter eller kommentarer:

För information om medicinska krav för körkortsinnehav, var god se Transportstyrelsens hemsida. TSFS 2010:125.

Remiss sänds till:

Trafikmedicinska enheten

Box 1223, 351 12 Växjö